

186

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 avril 1893, à 1 heure.

Par ALFRED AMÉDÉE LUCRON

Né à Vitry-le-Croisé (Aube), le 13 novembre 1866

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

CANCER PRIMITIF DU PANCRÉAS

FORMES CLINIQUES

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

BALLET,

SCHWARTZ,

} *agregés.*

PARIS

L. BATAILLE et C^{ie}, ÉDITEURS

23, Place de l'École de Médecine, 23.

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

186

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 20 avril 1893, à 1 heure.

Par ALFRED AMÉDÉE LUCRON

Né à Vitry-le-Croisé (Aube), le 13 novembre 1866

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

CANCER PRIMITIF DU PANCRÉAS

FORMES CLINIQUES

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

BALLET, } *agregés.*
SCHWARTZ, }

PARIS

L. BATAILLE et C^{ie}, ÉDITEURS

23, Place de l'École de Médecine, 23.

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies nerveuses.....	BALL.
	CHARCOT.
Clinique chirurgicale.....	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	GUYON.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NELATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A M. LE PROFESSEUR PINARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A M. LE DOCTEUR JULES SIMON

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS MALADES

A M. LE DOCTEUR OULMONT

MÉDECIN DE L'HÔPITAL TENON

A M. LE DOCTEUR MOUTARD-MARTIN

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA Pitié

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DEBOVE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL ANDRAL

PRÉFACE

Au terme de nos études médicales nous sommes heureux de pouvoir exprimer à tous nos maîtres dans les hôpitaux le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions doublement M. le Docteur Oulmont des conseils qu'il nous a donnés au cours de notre thèse et de ses enseignements cliniques quotidiens.

Pendant notre année d'externat à l'hôpital des Enfants, M. le Docteur Jules Simon nous a initié aux difficultés de la clinique et de la thérapeutique infantiles, nous l'en remercions sincèrement.

Les quelques mois que nous avons passés à la Maternité Baudelocque nous ont permis d'apprécier la bienveillance et le dévouement de M. le Professeur Pinard pour tous ceux qui s'intéressent à la pratique des accouchements. Nous ne saurions oublier la sympathie particulière qu'il nous a témoignée.

Nous remercions M. le Docteur Tisné ; il nous a généreusement abandonné deux observations qu'il avait recueillies dans son service à l'hôpital Bon-Secours ; fort intéressantes, ces observations nous ont été très utiles pour notre travail.

Que M. le Professeur Debove reçoive l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DU
CANCER PRIMITIF DU PANCRÉAS
FORMES CLINIQUES

INTRODUCTION

Pendant notre dernière année d'externat nous avons eu l'occasion d'observer un malade atteint de cancer primitif du pancréas.

Ce malade, dont nous avons pu suivre chaque jour l'évolution clinique, nous avait vivement intéressé. Sur les conseils de notre maître, M. le Docteur Oulmont, nous avons résolu d'étudier en notre thèse le cancer primitif du pancréas.

La lecture des nombreuses monographies consacrées à cette question nous a permis de constater que jusqu'à lors, la plupart des auteurs avait eu surtout pour but d'apporter des faits.

Les observations de cancer primitif sont nombreuses, mais par leur étude attentive on reconnaît aisément que si toutes ont pour point commun la localisation primitive de la diathèse cancéreuse sur le pancréas, elles

diffèrent grandement entre elles par leur symptomatologie clinique.

Tout a été vu et bien vu sur ce sujet, mais nous avons remarqué que ce qui avait été constaté par tel auteur, ne l'avait pas été par l'autre ; que d'autres enfin avaient souvent mis en doute ce qu'avaient décrit leurs prédécesseurs.

MM. Bard et Picq, dans leur monographie si remarquable (*Revue de Médecine*, mars-avril 1888) disent : « Le cancer primitif seul prend la physionomie clinique sur laquelle nous insistons et nous récusons toutes les descriptions qui seraient basées sur l'étude de faits disparates ». Plus loin, dans leur exposé didactique et général du sujet, on voit que pour ces auteurs, la symptomatologie du cancer primitif se résume en ces mots : cachexie rapide, ictère progressif, intense, continu. Cependant, avant le travail de Bard et Picq, Lapierre, « Du diabète maigre dans ses rapports avec les altérations du pancréas, thèse de Paris, août 1879 » rapporte des observations de cancer primitif où les signes furent seulement ceux du diabète maigre ; des observations analogues se trouvent dans la thèse plus récente d'Octave Parisot (Paris, 92).

Quant aux accès de cardialgie, si bien étudiés par Mondière (Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas. *Arch. de méd.*, 1836, 2^e série, t. XI) nous les avons retrouvés dans un certain nombre d'observations. On en trouvera plus loin d'inédites et du même genre ; ces faits nous semblent avoir été trop négligés jusqu'alors, pour nous, leur importance est capitale.

Nous voyons donc le cancer du pancréas revêtir un aspect très différent ; chaque sujet, peut-on dire, se crée une individualité clinique spéciale.

Un autre point nous a frappé par son apparence paradoxale : le syndrome clinique n'est jamais si extérieur, si suggestif que quand la symptomatologie est une symptomatologie d'emprunt.

S'il s'agit d'ictère chronique, l'ictère frappe immédiatement l'esprit du médecin, le contraint à un examen du foie et de ses canaux excréteurs, lui permet de localiser le néoplasme dans le pancréas ; mais déjà le diabète maigre demande plus de subtilité, de flair cliniques ; bien plus difficiles encore sont les cas où le problème est réduit aux seuls termes : cachexie, douleurs.

Aussi, en essayant de faire l'étude des formes du cancer primitif du pancréas, concentrerons-nous tous nos efforts à mettre en relief le type douloureux de cette affection. Nous n'avons pas d'exemples où la douleur fut l'unique symptôme, mais nombreux sont ceux où seule elle exista pendant les deux ou trois premiers mois et persista jusqu'à la mort.

Si notre division a des défauts, nous la croyons simple.

Une lésion du pancréas, telle que le cancer, nous semble, *à priori*, devoir apporter des troubles dans ses fonctions, dans l'innervation si riche que lui fournit le sympathique ; et nous reconnaissons comme appartenant aux *formes typiques* ces cas où le cancer s'est traduit à l'extérieur par des symptômes douloureux, par des troubles de la digestion pancréatique, par des troubles de la nutrition, par les signes du diabète maigre.

Appartiendront au contraire aux *formes frustes*, ces cas où, par suite d'une tolérance inexplicquée de l'organe, le cancer s'est seulement révélé par un ictère chronique, de l'ascite, un anévrysme de l'aorte.

Plus frustes enfin et tout à fait latents seront ceux où le cancer, ne s'étant révélé par aucun signe spécifique, physiologique ou anatomique, aura donné naissance à un cancer de l'estomac que le médecin aura cru primitif alors qu'il était seulement secondaire.

FORMES CLINIQUES DU CANCER PRIMITIF DU PANCREAS

Formes typiques	{	Forme douloureuse.
		Troubles de la nutrition. Diabète maigre.
Formes frustes	{	Compression { des Voies biliaires : Ictère
		chronique.
		de la Veine Porte : Ascite.
	{	de l'Aorte : Anévrysme.
		Cancer de l'estomac.
	Propagation	{ » du foie.

Tous les faits que nous citons appartiennent-ils au cancer primitif ? C'est là une objection sérieuse ; elle nous a toujours vivement préoccupé dans l'étude critique de nos diverses observations.

Nous admettons nécessairement comme primitifs les cas où le pancréas seul était cancéreux.

Quant aux autres, nous les avons admis comme tels, soit d'après les discussions de la Société médicale des hôpitaux, de la société anatomique, soit d'après les caractères histologiques de la tumeur, la présence du foie cancéreux pancréatique de Bard et Picq.

S'aidant d'ici, de là, il eut été facile avec nos quatre observations originales de faire une étude générale du cancer primitif ; c'eut été une répétition après bien d'autres, mais ce n'eut pas été une étude clinique ; nous avons préféré rapprocher certains faits, présenter un type, le type douloureux du cancer primitif.

Nous faisons nécessairement un travail incomplet vu la complexité de la question elle-même : elle touche au diabète maigre dont l'étiologie et la pathogénie sont si discutées. Pourquoi n'observe-t-on pas le diabète maigre dans tous les cas de cancer du pancréas ? Quelle est la lésion à côté, ou quelle est la diathèse héréditaire, acquise, capables de l'expliquer ?

Quel est l'état de la cellule hépatique au cours des ictères chroniques si fréquents dans le cancer du pancréas ? C'est encore là un point fort intéressant à élucider. Nous apportons une observation personnelle où nous nous sommes préoccupé des fonctions hépatiques.

Généralités.

Le cancer primitif du pancréas est plus fréquent qu'on ne le croyait autrefois ; toutefois c'est une localisation primitive rare, très rare du cancer, et en compulsant les divers mémoires écrits sur ce sujet, on peut juger du petit nombre d'observations nouvelles qu'apporte chaque auteur.

Il semble plus fréquent chez les hommes que chez les femmes.

Il apparaît surtout après 40 ans. Il est survenu chez une jeune femme de 28 ans dans un cas de Bard et Picq .

On trouve très rarement dans les antécédents héréditaires ou personnels la diathèse cancéreuse ou l'alcoolisme ; mais on remarque assez souvent la coïncidence de la lithiase biliaire.

SYMPTOMATOLOGIE

FORME DOULOUREUSE

Forme douloureuse.

Nous citons d'abord des observations où les douleurs ont été pendant un certain temps le seul signe spécifique de l'affection, où elles ont persisté pendant toute la maladie.

Après quoi dans une vue d'ensemble nous étudierons les caractères de ces douleurs qui pour nous ont une valeur diagnostique de premier ordre et justifient ainsi la forme spéciale que nous décrivons.

OBSERVATION I (personnelle).

Début de la maladie en novembre 1891.

Mort le 1^{er} juillet 1892.

1^{re} période: Anorexie. — Amaigrissement. — Douleurs.

2^e période: Douleurs. — Ictère chronique.

3^e période: Douleurs. — Ictère chronique. — Ascite. — Cachexie.

Cancer primitif du pancréas. — Cancer secondaire du foie. — Oblitération du canal cholédoque. — Dilatation des voies biliaires.

Evr., âgé de 39 ans, maçon, entre à l'hôpital Tenon, le 31 mars 1892, dans le service de M. le D^r Oulmont, salle Andral, lit n° 8.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels:

Brusquement en novembre 1891, cet homme ressentit des douleurs violentes dans l'abdomen, surtout marquées au niveau de la région épigastrique, avec irradiations dans les hypochondres et localisation très douloureuse au niveau de la colonne vertébrale, à la région lombaire.

Ces douleurs sourdes étaient continues, apparaissaient indifféremment le jour et la nuit, prenaient souvent la forme de paroxysmes, et à ces moments le malade ressentait profondément, au niveau de l'épigastre, une douleur terrible, angoissante, syncopale, qu'il ne parvenait à atténuer qu'en appliquant et en enfonçant profondément au niveau du creux épigastrique ses deux poings accolés.

Avec ces douleurs cardialgiques, coïncidait une anorexie totale, complète,

non élective ; le malade ne prenait que du lait ou du bouillon, et cette légère alimentation n'avait aucune influence sur l'apparition des paroxysmes douloureux.

En proie à une soif vive, rendue plus ardente par une sensation d'amertume, de chaleur dans l'arrière-gorge, avec des alternatives de constipation et de diarrhée fétide ; sans appétit, n'ayant ni trêve ni repos par suite des douleurs violentes qu'il éprouvait, le malade s'amaigrissait. En novembre 1891 son poids était de 73 kilos ; en février 1892 il ne pesait plus que 51 kilos.

En février, les symptômes précédents persistant, cet homme voit survenir peu à peu une jaunisse et depuis cette époque l'ictère a été progressif, continu, intense, sans rémission.

Le malade entre à l'hôpital Tenon le 31 mars 1892.

Examen à son entrée.

Homme vigoureux, de haute stature.

La peau, les muqueuses (conjonctives, langue, voile du palais), présentent une couleur vert olivâtre.

Anorexie. — Douleurs épigastriques profondes et point douloureux lombaire.

Urines de taux normal, vertes, manifestement ictériques, ne contiennent ni sucre, ni albumine. Selles quotidiennes, fétides, couleur de terre glaise.

Démangeaisons cutanées intenses.

Abdomen rétracté, aux parois dures, rendant le palper abdominal très difficile.

La percussion permet de constater que le foie est abaissé, ses dimensions sont néanmoins normales.

La rate n'est pas hypertrophiée.

Rien d'anormal dans les poumons.

Les battements du cœur sont réguliers, on n'entend aucun souffle, le pouls est à 66.

Se basant sur l'anorexie complète, les douleurs profondes, nettement localisées à l'épigastre et seulement à l'épigastre, sans irradiation vers la région scapulaire, l'amaigrissement considérable et rapide, l'ictère chronique, M. le D^r Oulmont diagnostique un cancer de la tête du pancréas et le fait vérifier par la réaction de Sahli.

2 avril. — Le malade prend 1 gramme de salol, l'examen des urines décèle la décomposition du salol en acide salicylique et acide phénique.

Les jours suivants, le diagnostic de cancer du pancréas n'est plus aussi ferme ; les douleurs épigastriques persistent toujours, toutefois jamais le malade n'accuse de douleurs dans l'épaule droite ; mais l'appétit étant devenu meilleur, on émet l'hypothèse de lithiase biliaire avec gros calcul oblitérant le canal cholédoque.

Entre temps, on prescrit calomel : 0 gr. 50 centigr.

Le taux des urines augmente, atteint 2500 grammes et 3000 grammes par jour.

15. — L'appétit est excellent, le malade mange un 4^e degré, les douleurs s'atténuent et le diagnostic de lithiase biliaire est de plus en plus probable ; on pense à une intervention chirurgicale.

22. — Les douleurs épigastriques réapparaissent aussi violentes qu'au début de la maladie.

Le ventre est toujours rétracté, la palpation est impossible, l'ictère persiste, les selles fétides sont décolorées.

25. — Depuis 2 jours le malade ne mange plus : son poids n'est plus que de 49 kilos.

28. — Anorexie complète, le malade prend seulement 1 litre de lait par jour ; il a de la diarrhée, 4 à 6 selles quotidiennes, horriblement fétides. La jaunisse augmente. Prurit intense. L'amaigrissement fait des progrès, surtout du côté de la face, les pommettes sont saillantes, les yeux se cavent, la peau est collée sur les os.

L'hypothèse de lithiase biliaire est abandonnée et M. le Dr Oulmont revient au diagnostic primitif de cancer de la tête du pancréas.

30. — Même état général.

Douleurs paroxystiques très violentes la nuit.

Palper abdominal impossible.

Par la percussion on trouve que le foie correspond à la cinquième côte droite en haut et descend jusqu'à deux travers de doigts au-dessous des fausses côtes.

Urines ; taux normal, très ictériques, ni sucre, ni albumine.

6 mai. — Le malade a pris 150 grammes de sirop de sucre ; la liqueur de Fehling ne révèle aucune trace de sucre dans les urines.

Urée = 17 grammes par 24 heures.

10. — Symptôme nouveau : Ascite. Ventre très ballonné, de l'épanchement dans les parties déclives de l'abdomen.

17. — Réaction de Sahli ; l'examen des urines décèle la présence de l'acide phénique.

22. — Même état général. Ventre très ballonné ; augmentation de l'ascite. Diarrhée séreuse ; selles claires, limpides comme de l'eau, mousseuses.

Le taux des urines a diminué et de 1500 à 1700 grammes est tombé à 500 grammes.

Urée = 17 grammes par 24 heures.

Pas de glycosurie alimentaire.

10 juin. — Persistance et aggravation de tous les symptômes.

Réaction de Sahli ; on trouve de l'acide phénique dans les urines.

14. — Taux des urines = 800 grammes.

Urée = 14 grammes par 24 heures.

Pas de glycosurie alimentaire.

20. — Ictère vert noirâtre. Amaigrissement extrême : la peau est collée sur

les os, chaque muscle amaigri est comme disséqué ; on pourrait relever sur cet homme les points d'insertion de chaque muscle aussi facilement qu'on le ferait à l'amphithéâtre. Les douleurs épigastriques et lombaires rendent le sommeil impossible.

L'appétit est nul, le malade n'a plus de forces, ne peut changer de place dans son lit.

Le ventre est très volumineux, l'ascite et le météorisme sont considérables ; l'œdème des malléoles fait ressortir la maigreur squelettique des membres inférieurs.

22. — Eschare au sacrum. Nouvelle crise de diarrhée.

1^{er} juillet. — Depuis 5 jours le malade est dans un état semi-comateux, répondant peu ou pas aux questions qu'on lui pose ; il meurt à 8 heures du matin sans hémorragies ni pneumonie ultimes.

AUTOPSIE le 2 juillet à 10 heures du matin. Coloration vert noirâtre des téguments ; abdomen considérablement distendu, à l'ouverture du ventre s'écoulent 10 litres d'un liquide ascitique coloré en jaune par la bile.

L'autopsie que nous avons faite aussi complète que possible n'a révélé de lésions qu'au niveau du pancréas, des voies d'excrétion de la bile et du foie.

Pancréas : tête du pancréas du volume des 2 poings, couleur jaune safran ; de consistance généralement dure avec quelques points de rénitence.

Queue de l'organe absolument saine. A la coupe, le tissu induré crie sous le couteau, la section, d'une couleur jaune safran, onctueuse au toucher.

Canal de Wirsung complètement oblitéré à son origine au niveau de l'ampoule de Vater, présente de place en place dans les parties manifestement cancéreuses de petites dilatations sacciformes remplies d'un liquide clair, limpide, transparent qui n'a pas été autrement étudié.

La tête du pancréas enserre dans sa masse la terminaison du canal cholédoque, qui n'est plus perméable, énormément dilaté dans sa partie libre, se continuant insensiblement avec la vésicule biliaire très distendue.

La vésicule biliaire, du volume des 2 poings ainsi que toutes les voies biliaires est remplie d'une bile fluide. Il n'y a aucun calcul.

Le foie du poids de 1670 grammes, de couleur olivâtre présente environ 20 noyaux cancéreux, irrégulièrement disséminés dans l'organe, du volume d'une noix ou d'une noisette, de couleur blanc bigarré, sans ramollissement au centre.

L'examen des autres organes ne nous a rien révélé de particulier, si ce n'est leur couleur jaunâtre due à leur imprégnation par la bile.

OBSERVATION II (inédite. M. le Dr Tisené, hôpital Bon-Secours).

1^{re} Période : douleurs.

2^e Période : douleurs, ictère progressif, continu.

Mort par pleuro-pneumonie.

Le nommé S... rhumatisant, âgé de 56 ans se présente à la consultation au début de janvier 1888.

Cet homme se plaint de douleurs violentes survenues brusquement, siégeant à la région lombaire.

Diagnostic : lumbago.

Ces douleurs résistent à tous les moyens externes ou internes.

7 février. — Dans la nuit du 6 au 7 février crise douloureuse extrêmement violente, ayant duré 1/4 d'heure environ.

A son réveil jaunisse.

Urines colorées.

Selles blanchâtres.

Le malade entre le 8 février.

Examen à son entrée. — Coloration jaune des téguments. Anorexie complète, pas de vomissements, si ce n'est au moment des crises douloureuses. Selles décolorées, fétides.

Urines ictériques, ni sucre, ni albumine. Palper abdominal douloureux au niveau de l'épigastre, pas de tumeur appréciable. Point lombaire très douloureux.

Foie douloureux déborde les fausses côtes de 2 travers de doigts.

Rien au cœur, ni aux poumons.

Marche de la maladie.

Les douleurs ont toujours continué, intenses, apparaissant surtout la nuit, presque à heure fixe spécialement localisées au niveau de la région lombaire, profondes, remarquables par leur courte durée, 1/4 d'heure environ.

Augmentation de l'ictère après chaque crise.

Appétit nul ; le malade perd ses forces, s'amaigrit rapidement.

Jamais de tumeur abdominale.

Urines ictériques, jamais ni sucre, ni albumine.

20 mars. — Pleuro-pneumonie droite à laquelle succombe le malade le 25 mars.

AUTOPSIE. — Lésions caractéristiques du côté du poumon. Pancréas atteint de dégénérescence cancéreuse, d'une dureté ligneuse, englobant le canal cholédoque très rétréci, inextensible.

Capsule surrénale gauche, réduite à l'état de masse pulpeuse, adhérente au pancréas.

Voies biliaires dilatées. Pas de calculs.

Foie augmenté de volume, présentant quelques noyaux cancéreux du volume d'une lentille au niveau du hile du foie.

Rien à l'estomac, ni aux reins.

OBSERVATION III (inédite. M. le D^r Tisené, Hôpital Bon-Secours).

Période douloureuse d'une durée de 6 mois.

Homme âgé de 55 ans. Bonne santé habituelle.

Ce malade amaigri, très affaibli vient en janvier 1889 à l'hôpital Bon-Secours pour une douleur d'une violence extrême occupant la région lombaire et qui empêche le sommeil. Rien dans les urines.

En mars, une poussée d'anthrax et de furoncles se produit et dure plus de 2 mois : pendant cette période des examens répétés des urines n'y révèlent rien d'anormal.

A son entrée à l'hôpital (27 mai 1889) le malade, extrêmement amaigri, est encore porteur d'un grand nombre de furoncles : ni vomissements, ni diarrhée, ni mælena.

Douleurs violentes et spontanées au niveau de la région épigastrique ; à la palpation on trouve *une tumeur transversale placée en avant de la colonne vertébrale et présentant une grosse extrémité à droite*. Cette tumeur très dure donne la sensation qu'on éprouve en prenant une pelote recouverte d'épingles.

Le 24 juin, à la suite d'une petite crise douloureuse, se montre une légère *teinte subictérique* avec coloration brune des urines.

Ni sucre, ni albumine.

Dans les premiers jours de juillet, il se produit des vomissements d'abord rares et peu abondants, qui augmentent rapidement de fréquence au point de rendre l'alimentation impossible et de nécessiter l'emploi de lavements nutritifs.

Les crises douloureuses abdominales se répètent une ou deux fois par semaine toujours suivie d'aggravation de l'ictère.

En août le malade est dans un état de cachexie extrême, l'ictère donne aux téguments une couleur olive ; les urines presque noires ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La tumeur conserve les mêmes caractères et se continue avec le foie qui est gros et un peu douloureux.

Le malade succombe le 18 août 1889 aux progrès de la cachexie.

AUTOPSIE. — Cancer du pancréas, tête de l'organe aussi volumineuse qu'une tête de fœtus.

Dilatation des voies biliaires. Pas de calculs.

Cancer secondaire du foie : on trouve dans le foie 5 ou 6 noyaux du volume d'une cerise.

Rien aux autres organes.

OBSERVATION IV (Extraits).

(Richard Pott : *Deutsche Zeitschrift für praktische medicin.*)

Homme âgé de 45 ans.

Il avait été soigné quelques années auparavant pour un catarrhe chronique de l'estomac.

Il éprouva tout à coup : « une douleur vive ayant son siège à 2 ou 3 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Le malade éprouve un soulagement lorsqu'il prend une position assise ou lorsqu'il penche le corps en avant ».

OBSERVATION V (Extraits).

(D^r Labbé : *Bulletins de la Société anatomique*, 1865.)

Homme âgé de 75 ans.

Vers le 11 décembre 1864 il fut pris de douleurs violentes dans l'abdomen ; ces douleurs concentrées au niveau de l'épigastre s'irradiaient dans toute la cavité abdominale : il eut quelques vomissements bilieux, ces symptômes disparurent vite ; il quitte l'infirmerie le 29 décembre. Il rentre le 3 janvier très amaigri ; les douleurs abdominales ont reparu, elles sont vives, profondes, continuelles.

La pression de la région épigastrique n'est pas douloureuse.

8 janvier : Ictère.

Les douleurs paroxystiques se sont montrées un grand nombre de fois pendant tout le cours de la maladie.

OBSERVATION VI (Extraits).

(Bard et Picq : *Observation IV.*)

Homme âgé de 74 ans. Bonne santé habituelle.

Vers le mois de novembre 1886, en même temps qu'il eût des selles diarrhéiques, cet homme éprouva des douleurs au niveau du creux épigastrique, avec quelques irradiations sur les parties latérales du thorax, revenant un peu sous forme d'accès, persistant parfois plusieurs heures ou même toute une journée, augmentées par l'ingestion des aliments.

Jamais elles ne se sont localisées dans la région hépatique ; jamais non plus, au moment des plus forts accès d'irradiations dans l'épaule droite ; enfin jamais le malade n'a constaté d'ictère après chacune de ces crises.

25 décembre : Ictère.

OBSERVATION VII (Extraits).

(Mondière : *Arch. méd.*, 1836.)

Malade se plaint d'une douleur obtuse, profondément située dans la région épigastrique ; il y avait courbure du corps en avant et impossibilité de le tenir dans une position verticale, même assis sur une chaise, sans augmentation considérable de cette douleur.

OBSERVATION VIII (Extraits).

(Thèse de Salles, observation communiquée par M. le Dr Labadie-Lagrave.

Homme 37 ans : Plombier.

Six mois avant son entrée à l'hôpital, cet homme éprouva des douleurs de ventre d'une extrême intensité ; sa profession a d'abord fait croire à une colique de plomb et on institua un traitement dans ce sens.

Loin de céder, les douleurs n'en persistaient pas moins et allaient en grandissant.

Elles avaient leur siège principalement sur le côté droit du ventre, au niveau du rebord des fausses côtes, avec retentissement vers la colonne vertébrale au niveau des dernières dorsales et des premières lombaires.

OBSERVATION IX.

(Bécourt : *Recherches sur le pancréas, ses fonctions et ses altérations organiques*, Th. Strasbourg, 1830.)

Jean Fischer, 45 ans, tailleur, était atteint depuis 8 jours d'un ictère qu'avaient précédé des symptômes gastriques, lorsqu'il entra à la clinique le 7 novembre 1828.

Il offrait alors : légère coloration en jaune de la peau et de la conjonctive ; pouls lent, grande faiblesse, légère oppression à l'épigastre, appétit très bon, urines limpides.

Le 9, augmentation de l'ictère, sentiment de pression à l'épigastre, sans que cette région soit douloureuse au toucher ; pouls lent, démangeaisons à la peau, diarrhée qui cessa le 11.

Le 15 et le 16, plusieurs accès de lipothymie, selles blanches, augmentation des symptômes gastriques, épigastre douloureux au toucher, appétit moins bon, peau moins jaune, diminution du prurit.

Cet état continue plusieurs jours à des degrés plus ou moins intenses. Le malade indique un point très circonscrit, de la largeur d'une pièce de dix sous,

entre l'ombilic et le creux de l'estomac, point qui, soumis à la pression, occasionne de vives douleurs.

Le 22 et jours suivants, point de cardialgie et de lipothymie, mais douleurs névralgiques et dans le bas-ventre, borborygmes, flatuosités qui augmentent tous les jours ; le pouls est lent, la faiblesse très grande.

Du 4 au 20 décembre, selles très dures, produites seulement par des lavements (purgatif drastique), éructation considérable de gaz, cardialgie, spasmes de l'abdomen.

Le 21, douleur violente et ardeur de l'estomac, soif intense, appétit assez bon, mais cardialgie après l'ingestion des aliments.

Le 30, cardialgie, spasmes de l'abdomen, s'étendant de l'épigastre aux parties supérieures du corps ; les douleurs sont quelquefois intolérables ; abdomen un peu élevé sans être dur ni tendu, nausées, crachats sanguinolents.

Jusqu'au 15 janvier, il y eut des alternatives de calme et de douleurs ; cependant les forces déclinent rapidement et le malade marche vers le marasme.

Du 15 au 29, léger amendement, violente cardialgie, douleurs vives de l'estomac, au point qu'aucun médicament ne peut être ingéré.

Le 30, chaleur brûlante à l'estomac, douleurs très vives dans tout l'abdomen, faiblesse extrême, voix presque éteinte ; insomnie.

Du 1^{er} février au 2 mars, jour de la mort, les envies de vomir furent remplacées par des vomissements, tantôt sanguinolents, tantôt bilieux ; hémorrhagies passives, prostration complète des forces, soif inextinguible, douleurs universelles, le malade est parvenu à un tel degré d'anéantissement qu'il ne peut plus parler ; remèdes, aliments tout est refusé.

AUTOPSIE. — Foie de volume normal, vert olive, présentant à ses faces supérieure et inférieure plusieurs nodosités variant du volume d'un pois jusqu'à celui d'une noix. Dilatation des voies biliaires, cholédoque permettant à peine l'introduction d'une soie, cancer de la tête du pancréas.

Caractères des douleurs.

Chez un sujet jusque là bien portant, vigoureux sans tare héréditaire ou acquise, ayant le plus souvent dépassé 40 ans, elles apparaissent brusquement, sans cause aucune, ou à l'occasion de troubles digestifs insignifiants ou consécutivement à une jaunisse, mais ce dernier fait est rare et la marche inverse est plus commune.

Dès leur apparition, elles se montrent avec des caractères typiques.

D'après leur siège, leur nature, nous distinguerons :

- 1° Les douleurs locales, abdominales, pancréatiques.
- 2° Les douleurs à distance, les accès cardialgiques.

I. — *Douleurs abdominales.*

Leur siège est à l'épigastre, au niveau de la colonne vertébrale, elles irradiant aux hypochondres, à tout l'abdomen, jamais à l'épaule droite ; elles sont maxima à 2 ou 3 travers de doigts au-dessus de l'ombilic, au niveau de la dernière dorsale ou des 2 premières lombaires.

D'une violence extrême, inouïe, elles sont profondes ; les auteurs anciens rapportent les pittoresques expressions de leurs malades, il semblait à un malade de Morgagni que des chiens lui déchiraient la partie supérieure de l'abdomen ; Andry les appelle des douleurs rongeantes ; bien des malades se rappellent seulement leur intensité et ne peuvent les définir.

Provoquées quelquefois par l'ingestion des aliments ou des médicaments, elles apparaissent souvent la nuit sans cause aucune, rendant tout sommeil impossible.

Exagérées par la station verticale ; les malades éprouvent un soulagement lorsqu'ils prennent une position assise ou qu'ils se courbent en avant ; le maçon que nous avons observé appliquait ses 2 poings accolés à la région épigastrique, les enfonçait profondément, se courbait fortement en avant pour augmenter la pression.

Ces douleurs sont de courte durée, 10 minutes, un quart d'heure au plus, mais elles sont à répétition ; plusieurs accès, un grand nombre peuvent éclater dans une même journée une même nuit ; elles peuvent se montrer à heure fixe pour un malade ; enfin elles peuvent être très irrégulières dans leur apparition, exister durant 8, 15 jours, disparaître un certain temps pour se montrer à nouveau dans la suite.

II. — *Accès cardialgiques.*

Apparaissant au début de la crise abdominale ils enlèvent toute idée de lutte au malade. Surpris par ces nouvelles douleurs, le visage pâle, plein d'anxiété, immobile, les bras inertes le long du corps, le patient est terrifié par la sensation d'une mort imminente ; ce serait le tableau de l'angine de poitrine n'était la coïncidence presque constante de vomissements alimentaires et le plus souvent bilieux.

Ces accès de fausse angine de poitrine sont ceux que l'on observe dans un grand nombre d'affections de l'abdomen ; elles n'offrent donc pas les caractères spécifi-

ques des douleurs épigastriques, elles compliquent, plutôt qu'elles n'éclairent le diagnostic.

Mais avec la persistance des douleurs abdominales coïncide un signe de grande valeur : l'amaigrissement, amaigrissement dont un prompt examen permet de reconnaître la nature cancéreuse.

Mais de plus amaigrissement rapide ; notre malade avu son poids diminuer de 22 kilos en l'espace de deux mois.

Nous pensons qu'en présence de ces deux signes : *douleurs épigastriques, lombaires, rapidité de l'amaigrissement*, il est possible de faire le diagnostic de cancer primitif du pancréas, surtout si un retour passager de l'appétit n'éloigne pas la cachexie menaçante.

D'après Sahli, il existerait un signe d'une simplicité extrême pour reconnaître le cancer du pancréas : la décomposition du salol s'accomplirait sous l'influence du suc pancréatique ; dès lors elle cesserait de se produire dès que le suc n'arriverait plus dans l'intestin, et, en pareil cas, la réaction des deux acides composants ne les décèlerait plus dans les urines.

Ce signe n'a aucune valeur, nous avons recherché cette réaction un grand nombre de fois ; notre malade est mort le 1^{er} juillet, nous l'avons recherchée le 10 juin et nous avons trouvé de l'acide phénique dans les urines.

Diagnostic différentiel.

Au début de l'affection, de nombreuses erreurs sont possibles ; considérons deux cas : les douleurs maximales sont : 1^o lombaires, 2^o épigastriques.

1^o Douleurs lombaires.

On se rappellera que le lumbago est une affection éphémère, bilatérale, que la douleur siège dans les masses musculaires.

Le mal de Pott est une affection des jeunes. Au cas de cancer vertébral, de cancer médullaire, affections cachectisantes et douloureuses, si l'on constate de la douleur spontanée, l'examen local, la moindre pression au niveau des parties malades exagèrent les douleurs d'une façon intolérable, de plus surviennent rapidement des troubles parétiques et sphinctériens.

2^o Douleurs épigastriques.

M. Labadie-Lagrave avait cru à une colique de plomb ; l'erreur fut également commise par le médecin de notre maçon, et ici, elle se justifiait encore par la rétraction, la tension, la dureté des parois de l'abdomen, par la constipation, mais les douleurs étaient sus et non péri-ombilicales, il n'y avait d'ailleurs pas trace de saturnisme, tandis que le malade de M. Labadie-Lagrave était plombier.

Des douleurs abdominales violentes s'observent dans la maladie bronzée d'Addison, et dans la neurasthénie.

La coloration brunâtre de la peau et des muqueuses (face interne des lèvres et des joues) jointe à l'asthénie si spéciale de la maladie d'Addison, mettra le médecin sur la voie du diagnostic.

Dans certains cas de neurasthénie l'amaigrissement est extrême, il existe de vives douleurs lombo-abdominales : à un premier examen le clinicien peut hésiter ;

mais bientôt l'étude attentive du malade, de ses antécédents héréditaires, personnels, de son état mental montre qu'il n'y a là que des troubles fonctionnels et pas de diathèse cancéreuse.

Si l'on notait la présence d'une *tumeur épigastrique* fait rare, un examen attentif permettrait de distinguer la tumeur pancréatique d'un rein déplacé ou unique, d'un anévrysme de l'aorte abdominale ; mais la clinique réserve de nombreuses surprises, témoin ce fait qui pendant longtemps tint en échec trois grands cliniciens :

« J'ai eu l'occasion de voir, dit M. Richet, avec Bouillaud et Trousseau, un malade auquel je donnais des soins depuis plus de 5 ans, pour des douleurs atroces et persistantes dans les testicules et la région abdominale profonde, douleurs que, ne sachant à quoi rattacher, j'avais attribuées d'abord à une affection néphrétique. Tous les traitements mis en usage avaient été inutiles, et, comme le malade éprouvait depuis quelques mois des souffrances et une anxiété qui allaient croissant chaque jour, ces deux professeurs furent appelés pour m'aider de leurs lumières. Après un examen approfondi et l'auscultation minutieuse du thorax, ils déclarèrent qu'il s'agissait d'un état nerveux inconnu se rattachant probablement à une affection de la moelle épinière. Un mois plus tard, nous revîmes le malade en commun une deuxième fois, et alors Trousseau, se rappelant un fait analogue qu'il avait eu l'occasion d'observer quelques années auparavant, et précisément avec le professeur Bouillaud émit cette opinion, que nous avions affaire à une tumeur anévrysmale de l'aorte descendante. Le malade fut ausculté et percuté de nouveau avec le plus grand soin,

mais rien ne vint révéler la présence d'un anévrysme. Quelques semaines plus tard, il fut pris d'un accès de suffocation et succomba en quelques minutes. A l'autopsie, on trouva sur l'aorte descendante, au niveau de son passage à travers le diaphragme, une tumeur anévrysmale de la grosseur du poing qui s'était brusquement rompue ». (Richet, *Anatomie médico-chirurgicale*).

II

TROUBLES DE LA NUTRITION

DIABÈTE MAIGRE

Troubles digestifs. — Diabète maigre.

OBSERVATION I (Oct. Parisot, t. Paris, 1892) (Résumée).

Cancer du pancréas. — Diabète maigre.

Marie, âgée de 60 ans, entre le 11 septembre 1891 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Lancereaux.

Pas d'antécédents héréditaires.

En excellente santé jusqu'en mai 1890, elle commence à ressentir à cette date une soif inextinguible. La nuit, elle est obligée de se lever 7 à 8 fois pour uriner et boire ; mais contrairement à ce que l'on remarque d'ordinaire dans le diabète pancréatique, il est impossible à la malade de préciser le jour, la semaine où ont débuté les phénomènes ; c'est petit à petit, ajoute-t-elle, que cette envie de boire a augmenté jusqu'à devenir un tourment continu.

L'exagération de la soif, la polyurie, la glycosurie et l'amaigrissement ont jusqu'à la mort constitué tout l'ensemble symptomatique.

AUTOPSIE. — Cancer du pancréas sans généralisation secondaire.

Voilà donc une observation qui montre que dans le cancer du pancréas on peut trouver au complet les signes du diabète maigre ; mais ces faits sont rares, exceptionnels peut-on dire.

Notre but ici est seulement de nommer les troubles de la nutrition qui peuvent justifier la division que nous avons adoptée.

Nous avons rencontré chez le malade d'Oct. Parisot la polydypsie, la polyphagie, la polyurie, la glycosurie, l'amaigrissement rapide.

L'évolution clinique du malade de Macaigne (thèse de Thiroloix) se divise en deux phases distinctes :

L'une glycosurique qui dure 7 mois au moins, l'autre cachectique, non glycosurique qui persiste pendant 11 mois.

Bright a observé chez un de ses malades, une soif et un appétit immodérés, de la polyurie, une glycosurie intermittente.

Notre malade au mois d'avril mangeait un quatrième degré, il avait une soif vive ; le taux de ses urines variait de 2500 à 3000 grammes, elles ne contenaient ni sucre ni albumine.

Un des malades de M. le D^r Tisené eut des poussées répétées de furoncles et d'anthrax.

Quant aux troubles digestifs qui caractériseraient la dyspepsie pancréatique de M. G. Sée, ils existent, mais ils sont rares.

III

FORME ICTÉRIQUE DE BARD ET PICO

ICTÈRE CHRONIQUE	{	continu.
		progressif.
		intense.
		sans rémission aucune.

OBSERVATION I (inédite) M. le D^r Oulmont.

Cancer primitif du pancréas. — Ictère chronique cancer secondaire du foie. — Oblitération du canal cholédoque et distension des voies biliaires.

Il s'agit d'une femme Laporte, piqueuse de bottines, âgée de 67 ans, entrée dans le service de M. le D^r Oulmont le 3 janvier 1888.

Pas d'antécédents pathologiques.

La malade avoue qu'elle était de tempérament très nerveux, et que la moindre chose lui causait une vive impression.

Depuis quelques années, elle ressentait de temps à autre des douleurs abdominales assez fugaces (peut-être des accès de coliques hépatiques frustes), les douleurs s'irradiaient fréquemment vers l'épaule droite.

Depuis plusieurs mois est survenu un ictère chronique, qui ne l'a plus jamais quittée.

A la palpation on sent que le foie est volumineux ; son bord inférieur très facile à reconnaître descend jusque vers la région ombilicale. A ce niveau il est aisé de sentir une petite tumeur formée par la vésicule biliaire gonflée de bile.

L'appétit diminue de jour en jour, l'amaigrissement fait de rapides progrès, les forces disparaissent.

15 février. — Pendant plusieurs jours, une diarrhée abondante a épuisé la malade.

Il s'agit probablement d'un ictère par rétention dû à l'engagement d'un gros calcul dans le canal cholédoque.

16. — Le foie semble avoir un peu diminué de volume, sa surface ne présente ni bosselures, ni variations de consistance ; le bord antérieur est nettement tranchant, lisse, et bien facile à sentir. L'exploration de la région hépatique est peu douloureuse.

Les démangeaisons sont fréquentes et pénibles par leur intensité ; pas de xanthopsie ; pas d'hémorrhagie (ni épistaxis, ni purpura).

Les téguments sont d'une belle couleur jaune d'or, un peu cuivrée par places.

Les urines peu abondantes sont ictériques. Le ventre est un peu ballonné et une percussion très attentive permet d'y reconnaître un peu d'ascite dans sa portion la plus déclive.

Aucun œdème des jambes qui sont très amaigries.

La malade se lève durant quelques heures, mais elle est très faible et peut à peine se tenir debout. Anorexie complète. La diarrhée a cessé.

24 février. — Le foie est de plus en plus volumineux, peu douloureux spontanément, légèrement sensible à la pression.

L'appétit semble revenir : pas de diarrhée.

Les démangeaisons perpétuelles ne laissent plus repos ni trêve à la malade.

2 mars. — Même état stationnaire.

Pour exciter un peu les fonctions hépatiques on administre 0 gr. 50 de calomel en une fois, mais par erreur le calomel est donné à doses fractionnées. Il provoque quelques légères douleurs, un peu sourdes, dans l'hypochondre droit, et deux ou trois selles grisâtres, nauséabondes.

6. — Calomel 0 gr. 50 en une fois, le lendemain plusieurs selles liquides, grisâtres, décolorées et fétides.

10. — Ictère plus prononcé, surtout à la face.

22. — Urines, couleur acajou, très foncées, l'urée a diminué.

14 avril. — Même état hépatique.

Le ventre est plus météorisé, l'ascite a augmenté, les jambes sont envahies par un œdème dur, un peu douloureux à la pression. On prescrit chaque jour une pilule bleue.

21. — La diarrhée a reparu depuis 2 jours : 5 à 6 selles par 24 heures. Suppression de la pilule mercurielle. Régime lacté.

4 mai. — Membres inférieurs œdématiés.

Urines très foncées, devenues plus rares.

Suppression du lait ; on prescrit chaque jour :

Calomel	0,20
Jalap	0,20

en 4 pilules.

S'appuyant sur la marche rapide de l'affection, sur l'aggravation de l'état général, sur l'ictère, l'œdème, progressifs, intenses, persistants, M. le Dr Oulmont pense à un cancer de la tête du pancréas.

10. — L'œdème augmente toujours et la malade est incapable désormais de faire aucun mouvement.

14. — Depuis 2 jours, diarrhée intense, grise et fétide. On remplace les pilules par 0 gr. 20 feuilles de digitale en macération. La malade ne mange plus guère ; ses forces décroissent rapidement. L'œdème gagne la paroi abdominale. Les urines, qui jusqu'alors ont présenté la teinte acajou des ictériques, ont chaque matin une couleur verte foncée, qui ne se modifie pas par l'acide nitrique.

L'urée diminue de plus en plus.

18. — La digitale supprimée est remplacée par oxymel scillitique 20 grammes.

Le foie semble un peu diminué de volume ; son bord inférieur descend moins vers l'ombilic, mais il est sans doute refoulé en haut par le liquide ascitique.

La quantité des urines est difficile à apprécier, car la malade urine au lit et les selles diarrhéiques sont nombreuses.

L'amaigrissement se prononce davantage, quelques quintes de toux tour-

mentent la malade et la fatiguent : les deux poumons présentent des râles sous-crépitaux d'œdème pulmonaire.

20. — Même état cachectique.

Les râles pulmonaires sont plus intenses et plus généralisés. Même œdème très marqué des extrémités inférieures ; la malade peut à peine remuer dans son lit.

22. — On remarque au matin, sur une manche de la chemise 2 taches de sang rosées ; la malade interrogée ne peut dire exactement d'où vient ce sang : il lui arrive souvent, dit-elle, de laisser pendant son sommeil couler un peu de sang de sa bouche entr'ouverte.

L'examen des gencives, de la langue et de l'arrière-gorge ne révèle rien d'anormal.

Pas de taches purpuriques à la surface du corps.

La malade s'affaiblit de jour en jour : elle peut à peine répondre aux questions qu'on lui pose, ne prend plus ni aliments, ni médicaments.

30. — Mort à 10 heures du matin.

AUTOPSIE le 31 mai.

Peu de raideur cadavérique.

Téguments jaune foncé. Œdème des membres inférieurs. Ventre ballonné dont les parois commencent à se putréfier.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule environ 1 litre de sérosité louche, jaune rougeâtre ; au-dessus de la masse intestinale distendue flotte le grand épiploon, épais tablier très chargé de graisse et friable, avec quelques caillots rougeâtres.

Le foie, un peu hypertrophié (1525 grammes) présente une couleur brunâtre et une consistance molle.

Sa face convexe, qui adhère intimement au diaphragme montre plusieurs nodules superficiels, jaunâtres, durs dont la grosseur varie d'une lentille à une noisette. Son bord antérieur est normal, tranchant ; mais en le relevant on aperçoit une énorme poche formée par la vésicule biliaire, très distendue, grosse comme les 2 poings, piriforme, à base supérieure, à sommet dirigé en bas et en dedans vers une autre poche cylindrique, verticale.

La poche en forme de poire a une enveloppe mince, jaunâtre et parcourue de fines arborisations vasculaires ; elle adhère intimement à la face inférieure du foie, au côlon ascendant et surtout dans sa moitié inférieure à l'autre poche cylindrique. A la palpation on la sent gonflée d'un liquide épais, avec de nombreux calculs dont 2 surtout très volumineux occupent son extrémité inférieure.

Une ponction laisse échapper 500 grammes d'un liquide brun noirâtre, visqueux et filant et de petits calculs du volume d'une lentille, la plupart bruns, quelques-uns jaunâtres. L'un deux de la grosseur d'une noix est arrondi, à surface un peu rugueuse ; l'autre un peu plus petit est taillé à facettes.

En incisant cette poche sur sa face antérieure, on voit la muqueuse de la vésicule biliaire blanc rosé sauf à sa base où elle est gris-verdâtre. Si l'on

prolonge l'incision tout le long du canal cystique, on tombe sur la poche cylindrique.

Celle-ci représentant les canaux hépatique et cholédoque et dont la distension égale presque celle du cœcum normal, est dirigée verticalement du hile du foie vers la tête du pancréas dans laquelle elle se perd.

Cette poche incisée laisse échapper une bile jaune, moins épaisse que celle de la vésicule et sans calculs. Elle conduit, en se redressant subitement, vers un petit foyer ramolli où elle se perd. Ce foyer, rempli d'une bouillie jaune-orange se confond sans limites précises avec le tissu pancréatique transformé.

La tête du pancréas, de la grosseur d'une mandarine, très dure, enveloppe l'extrémité supérieure du canal cholédoque dilaté, qu'elle coiffe pour ainsi dire. Elle présente à la coupe une certaine résistance et une couleur blanc-jaunâtre. La tumeur de la tête tranche nettement sur la queue de l'organe ; cette dernière saine, assez nulle, recouverte d'une épaisse couche de graisse, n'adhère pas à la rate.

Le duodénum incisé sur son bord convexe ne montre aucune altération macroscopique ; il est impossible de pénétrer avec un stylet dans l'ampoule de Vater de plus de 1/2 centimètre ; le canal cholédoque est complètement oblitéré.

L'estomac est absolument sain, sans adhérences avec les organes voisins (foie ou pancréas).

À la coupe, le foie est de couleur vert-olive, noirâtre par places ; on trouve, çà et là disséminés dans son parenchyme, des noyaux durs, jaunâtres, dont certains présentent à leur centre un peu de ramollissement ; l'un d'eux a le volume d'une noisette, on le voit à la face inférieure du lobe carré.

La rate grosse est mollassée, divisée en 2 lobes bien tranchés, elle adhère fortement au diaphragme et présente surtout sur sa face externe un peu de périclépnie.

Les reins sont de volume normal ; leur capsule s'enlève aisément ; pas de kystes ; à la coupe tissu mou, de couleur jaunâtre.

Pas de ganglions mésentériques, ni axillaires, ni inguinaux.

Rien à l'utérus ni à ses annexes.

La cavité thoracique renferme, surtout à droite, un peu de liquide jaune foncé ; quelques adhérences de la plèvre gauche.

Les 2 poumons présentent un peu d'emphysème à leur sommet ; il y a de la congestion aux 2 bases ; une parcelle jetée dans l'eau surnage péniblement ; pas de tubercules.

Le péricarde ne renferme pas de sérosité. Cœur petit, mou, un peu graisseux, vide de caillots ; les piliers des ventricules ont une teinte jaunâtre : quelques plaques d'athérome un peu rugueuses sur la valve interne de la mitrale, rien aux sigmoïdes aortiques, ni à l'aorte, ni aux coronaires. Rien au cœur droit, ni à l'artère pulmonaire.

Rien à l'encéphale.

**Marche. — Durée. — Terminaisons du cancer primitif
du pancréas.**

Quels que soient les faits que l'on envisage, l'affection a une marche progressive, continue, sans rémission aucune.

La durée varie dans d'assez grandes proportions ; en moyenne le cancer du pancréas ne dépasse pas 6 à 8 mois ; certains malades sont morts après 3 mois, d'autres ont résisté pendant 18 mois.

Si la mort est la terminaison fatale, si la plupart du temps elle résulte de la cachexie, en bien des circonstances elle a été causée par une affection intercurrente, pleuro-pulmonaire ou rénale.

Enfin dans les cas qui relèvent de la forme ictérique, on est frappé par la corrélation qui semble exister entre la mort et l'apparition d'hémorrhagies. Ces hémorrhagies sont multiples, on rencontre l'épistaxis, l'hématémèse le mælena, l'hématurie, le purpura.

MM. Bard et Picq ont noté une hypothermie finale qu'ils rattachent à l'inanition des sujets.

L'hypothèse est possible, pour nous toutefois nous donnerons à ces faits une autre interprétation.

Ayant toujours trouvé réunies hémorrhagies, hypothermie et mort prochaine, il nous semble plus plausible de voir là les signes d'ictères graves secondaires.

Ce n'est là qu'une hypothèse, car dans les observations

que nous avons lues, il ne paraît pas que l'on se soit préoccupé de l'état des fonctions hépatiques.

Chez le malade que nous avons suivi, nous avons recherché un grand nombre de fois la glycosurie alimentaire, fait très souvent le dosage de l'urée, les résultats ont toujours été négatifs : mais aussi notre malade n'a pas eu d'hémorrhagies, nous n'avons pas constaté d'hypothermie, et la cause occasionnelle de sa mort nous semble avoir été la compression, l'aplatissement de la veine porte avec ascite volumineuse.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer primitif du pancréas prend plusieurs aspects cliniques.

II. — Une de ses formes les plus intéressantes est la forme douloureuse.

III. — Elle vient immédiatement comme fréquence après la forme ictérique de Bard et Picq.

IV. — Quant aux troubles de nutrition, s'ils sont rarement rassemblés, groupés pour former le syndrome clinique du diabète maigre, néanmoins le fait existe et sans conteste.

V. — Le diagnostic du cancer primitif du pancréas, délicat les premiers jours de l'affection, devient rapidement possible avec l'évolution de la maladie.

VI. — La réaction de Sahli n'a aucune valeur diagnostique.

VII. — Au cas d'ictère chronique, la durée de la ma-

ladié semble souvent dépendre de l'état des fonctions hépatiques.

Vu :

Pour le Doyen,
Le professeur délégué,
LANNELONGUE.

Vu :

Le Président de la thèse,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Ancelet.** — Étude sur les maladies du pancréas : *Arch. de Médecine*, t. V.
Arnozan. — Pancréas (D. Dechambre).
Bard et Picq. — *Revue de Médecine*, avril-mai, 1888.
Bécourt. — Thèse Strasbourg, 1830.
Besson. — Thèse Paris, 1864.
Bonamy. — Thèse Paris, 1879.
Caron. — Thèse Paris, 1889.
Labbé. — *Bulletin Société Anatomique*, 1865.
Lapierre. — Thèse Paris, 1876.
Lancereaux. — *Union médicale*, 1880.
Madre. — Thèse Paris, 1883.
Maigre. — Thèse Paris, 1866.
Moyse. — Thèse Paris, 1852.
Mondière. — *Arch. générales de Médecine*, 1836.
Mollière Humbert. — Dictionnaire Jaccoud, (Pancréas).
Salles. — Thèse Paris, 1879.
Segré. — *Annali Universali di medicina e chirurgica*. Milan, 1888.
Nommes. — Thèse Paris, 1890-91.
J. B. Roux. — Thèse Paris, 1891-92.
Oct. Parisot. — Thèse Paris, 1891-92.
Vesselle. — Thèse Paris, 1852.
Vernay. — Thèse Lyon, 1887.
-

Imp. Vve LOURDOT, 33, rue des Batignolles, 33, Paris.
